

A PROPOS D'UN KYTE MULTILOculaire DE L'ÉPIDIDYME

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Mars 1933, à 17 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. HENRY Robert

Né à CHALONS-SUR-MARNE (Marne), le 25 Mars 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. FROELICH, Professeur .	<i>Président</i>
		ROBERT, Professeur . . .	{ <i>Juges</i>
		BARTHELEMY, Agrégé .	
		BINET, Agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

VERDUN
IMPRIMERIE H. FREMONT ET FILS

1933

**A propos d'un
Kyste Multiloculaire
de l'épididyme**

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE
1932-1933

N° 177

A PROPOS D'UN KYTE MULTILOCUCLAIRE DE L'ÉPIDIDYME

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Mars 1933, à 17 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. HENRY Robert

Né à CHALONS-SUR-MARNE (Marne), le 25 Mars 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

}	MM. FROELICH, Professeur .	<i>Président</i>	
	ROBERT, Professeur . .	}	
	BARTHELEMY, Agrégé .		<i>Juges</i>
	BINET, Agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

VERDUN
IMPRIMERIE H. FREMONT ET FILS

1933

UNIVERSITE DE NANCY — FACULTE DE MEDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\star$;
WEISS, O $\star$, I $\star$; BOUIN, O $\star$, I $\star$; ANCEL, $\star$, I $\star$;
GARNIER, $\star$, I $\star$; MACÉ, $\star$, I $\star$; P. PARISOT, O $\star$, I $\star$

Professeurs :

Anatomie pathologique.....	M. L. HOCHE, O $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O $\star$, I $\star$.
Physique	M. DUFOUR, $\star$, I $\star$.
Clinique des malad. syphil. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
Clin. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FROELICH, $\star$, I $\star$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique obstétricale et Accouchement.	M. A. FRUHINSCHOLZ, O $\star$, I $\star$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\star$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\star$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\star$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\star$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\star$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, A $\star$.
Hydrologie	M. SAINTENOISE, $\star$.
Clinique des maladies des enfants....	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\star$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$.
Histoire naturelle et parasitologie.....	M. G. THIRY, $\star$, I $\star$.

Chargés de Cours complémentaires :

Enseig. social de la tuberculose (1)....	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\star$, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$, professeur.
Pharmacologie	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses ..	M. P. SIMONIN, I $\star$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I $\star$, agrégé.
Clin. gynécolog. et Patholog. externe..	M. A. BINET, $\star$, I $\star$, agrégé.
Propédeutique chirurgicale	M. GUILLEMIN, A $\star$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses ..	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$, profes.
Cours d'embryologie et d'histologie....	M. WATRIN, $\star$, I $\star$, agrégé.
Médecine opératoire	M. M. BARTHELEMY, $\star$, I $\star$, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, $\star$, I $\star$, agrégé.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, A $\star$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A $\star$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale.....	M. MUTEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, A $\star$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Education physique	M. L. MERKLEN, A $\star$, docteur.
Clinique neurologique	M. MICHON, docteur.

Agrégés en exercice :

M. BARTHELEMY, $\star$, I $\star$.	M. GUILLEMIN, A $\star$.
M. LAMY, $\star$, I $\star$.	M. ABEL, $\star$, I $\star$.
M. MUTEL, $\star$, I $\star$.	M. DROUET, A $\star$.
M. WATRIN, $\star$, I $\star$.	M. P. SIMONIN, I $\star$.
M. VERMELIN, $\star$, A $\star$.	M. BINET, $\star$, I $\star$.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\star$; S. RÉMY, I $\star$; BUSQUET I $\star$.
L. JOB, $\star$, I $\star$; M. FAIRISSE, I $\star$
M. TRIBOLET, I $\star$, Secrétaire.

(1) *Fondation de l'Université.*

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PERE

A MA MERE

A MES GRANDS PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRÆLICH

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur de Chimie médicale.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BARTHELEMY

Chevalier de la Légion d'honneur

Chargé de Cours de Médecine opératoire.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

Chevalier de la Légion d'honneur

Chargé de Cours de Clinique gynécologique et de Pathologie
externe.

AVANT-PROPOS

Depuis 1826 avec BRODIE et surtout vers 1880 à 1895, les auteurs ont fréquemment étudié la question des kystes de l'épididyme. Mais les observations à ce sujet sont assez rares.

La publication, par M. le Professeur BINET, d'un cas de kyste multiloculaire de l'épididyme nous a donné l'idée de consacrer cette thèse inaugurale à un groupement sommaire des notions acquises jusqu'à nos jours à ce sujet.

Nous avons essayé de l'exposer dans un ordre simple. Après un bref historique destiné à situer dans le temps les principales époques où la question a le plus occupé les auteurs, nous consacrons un chapitre à la définition de la question. L'étiologie et

la pathogénie, suivies de la symptomatologie, du diagnostic et du pronostic viendront ensuite.

Enfin, le dernier chapitre ayant rapport au traitement est suivi de l'observation qui nous sert de point de départ.

HISTORIQUE

En 1826, BRODIE, le premier, en fait mention, d'abord en 1826, puis en 1834, dans le « *London Medical Gazette* ». Il les désigne sous le nom d'Hydrocèles enkystées de l'épididyme.

En 1838, GERDY, dans « *Archives générales de Médecine* », fait mention d'une tumeur kystique qui semble avoir beaucoup d'analogie avec les grands kystes de l'épididyme.

En 1844, CURLING, dans « *Traité des maladies du testicule* », signale de nouveau cette affection et donne une description des grands kystes, presque analogue à celle de BRODIE.

Mais ces faits, ainsi que quelques autres mentionnés dans les recueils anglais, ont été méconnus de la plupart des chirurgiens.

Quant au contenu spermatique de ces kystes, il a été signalé pour la première fois en France par VELPEAU, en 1840 (Thèse de LETELLIER, 1844).

En Angleterre, LISTON et LLOYD, en 1843, ont reconnu la présence de zoosperme dans le liquide de ces kystes.

GOSSELIN, en 1846 et 1847, a pu étudier des kystes spermatiques de la tête de l'épididyme. Dans son Mémoire de 1848, il publie une description magistrale de ces kystes, qui est un des travaux les plus complets sur ce sujet.

De plus, il établit la division des kystes spermatiques en kystes sous épидидymaires péritesticulaires et hydrocèles enkystées spermatiques.

En 1853, SÉDILLOT étudie les kystes de l'épididyme sous le nom d'hydrocèles spermatiques.

En 1856, la thèse de MARCÉ, sur les kystes spermatiques ou hydrocèles enkystées spermatiques, fournit une des meilleures descriptions que nous possédions de cette affection. Elle s'appuie, du reste, sur les recherches que FOLLIN avait exposées dans sa thèse inaugurale de 1851.

WIRCHOW, en 1863, s'occupe de la question dans son traité des tumeurs.

En 1869, BROCA revient également sur ce sujet.

En 1873, HUE, dans sa thèse, traite de l'hydrocèle enkystée spermatique.

En 1874, VILLEGENTE s'occupe du mode de formation des kystes spermatiques, ainsi que BROCARD en 1877.

Thèse de DE BIRAN, 1887, Paris.

Thèse de BRICAUD, 1912, Montpellier.

Importants travaux de VAUTRIN en 1889 et de POIRIER en 1890, que nous aurons souvent l'occasion de citer.

Depuis cette époque, la question n'a pas fait de grand progrès. Nous nous efforcerons de résumer les connaissances que nous avons jusqu'à ce jour sur cette affection.

DÉFINITION

On réunit sous ce nom une série de formations kystiques dont les origines sont multiples, dont les sièges sont divers. Elles se trouvent toutes au contact plus ou moins intime de l'épididyme, c'est leur seul caractère commun.

Ces tumeurs ont un volume qui peut varier de la grosseur d'un petit pois à celle d'une orange et davantage.

Lorsqu'ils sont tout petits, les kystes peuvent être inclus dans l'épididyme lui-même qu'ils débordent à peine par leur surface discoïde translucide.

Au niveau de la tête de l'épididyme, la partie la plus épaisse de l'organe ou globus major, ces kystes intra-épididymaires peuvent acquérir les dimensions d'un gros pois, voire d'une petite noisette.

Ces petits kystes de l'épididyme sont importants à connaître en clinique ; ils sont souvent fort douloureux. Mais, alors même qu'ils sont indolores, leur constatation, faite par hasard par le porteur, inquiète immédiatement celui-ci et préoccupe souvent son médecin qui craint d'assister au début d'une tuberculose épididymaire.

Or, sauf exception rarissime, la tuberculose de l'épididyme ne commence jamais par la tête de l'épididyme. La constatation, au niveau de la tête de l'épididyme, d'une bille dure, régulière, élastique, souvent douloureuse au point qu'on peut à peine la palper, mais parfois indolore, équivaut au diagnostic de petit kyste épididymaire.

Une lampe minuscule, telle que celle d'un cystoscope, appliquée directement en chambre noire sur les lésions, permet d'ailleurs d'en déceler la translucidité.

Ces petits kystes ont assez souvent une existence clinique éphémère. Certains s'estompent jusqu'à disparaître, d'autres cessent d'être douloureux à mesure qu'ils grossissent davantage.

Dès qu'ils sont plus volumineux, les kystes dépassent en dimensions l'épaisseur de l'épididyme et, selon la façon dont ils se comportent par rapport à celui-ci, sont classiquement divisés en kystes

sus et sous-épididymaires. Les kystes sus-épididymaires sont de beaucoup les plus fréquents.

De plus, ils peuvent ne pas se trouver isolés d'un côté seulement et l'observation qui nous sert de point de départ montre la bilatéralité possible de cette affection.

Le contenu des kystes de l'épididyme est différent de celui du liquide d'hydrocèle qui est plus ou moins citrin. Il est tantôt clair comme de l'eau, tantôt opalescent ou franchement laiteux. L'aspect lactescent des kystes est dû à la présence dans leur intérieur d'une quantité considérable de spermatozoïdes qui leur fait donner le nom de kystes spermatiques, sans qu'on puisse affirmer que le contenu spermatique de ces kystes implique nécessairement leur origine aux dépens d'une partie du canal épididymaire, la communication des kystes et du tube épididymaire pouvant n'être que secondaire.

ETIOLOGIE

Au sujet des causes de cette affection, les documents sont très incomplets. En général, l'étiologie en est assez obscure.

D'abord, les malades ne se sont présentés au chirurgien qu'au bout d'un temps plus ou moins long, parfois plusieurs années après le début de l'affection. Il est encore bien difficile, dans ces cas, à moins de s'en rapporter au souvenir du malade, de remonter, d'une manière certaine, à l'origine de la maladie.

La plupart du temps aussi, quand il est question de kystes de l'épididyme, il n'est fait mention que de l'examen anatomique des kystes et la partie clinique est à peu près entièrement laissée de côté.

Il existe néanmoins quelques exemples où les traumatismes de diverses natures aient été nette-

ment le point de départ de ces kystes. Les traumatismes dont nous voulons parler sont tantôt un effort, tantôt une contusion directe, tantôt une chute, etc.

Ainsi, SÉDILLOT nous parle d'un individu qui, au moment du paroxysme génital, fait un effort suprême pour empêcher l'acte de s'accomplir entièrement. Il éprouve une sensation de déchirure et, peu après, il constate une petite tumeur des bourses.

Un malade de GOSSELIN fait un grand effort pour retenir un fardeau, il ressent une vive douleur. Quelques jours après apparaissait un kyste...

MARCÉ, HUGUET, CURLING, DELATTRE, DUPLAY, DAVE, BRICARD nous citent chacun un ou plusieurs exemples où cette origine est expressément invoquée et, ajoute RECLUS (Article sur la pathogénie des kystes spermatiques, numéro 17 Décembre 1886 de la « *Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* »), nous la relevons dans plus de un tiers de nos cas ».

DELADRIÈRE et quelques auteurs insistent sur l'importance étiologique de blennorrhagies antérieures, surtout d'épididymites, dont l'action pourrait être d'oblitérer quelques cônes efférents. (Thèse de BIRAN).

Il semble que cette assertion soit au moins exa-

gérée puisque la grande majorité des malades atteints de kystes de l'épididyme n'accusent aucune blennorrhagie dans leurs antécédents et, qu'en somme, les kystes de l'épididyme constituent une affection extrêmement rare, relativement au nombre des épидидymites blennorrhagiques.

DE BIRAN ajoute qu'il est d'ailleurs difficile d'admettre des lésions portant surtout sur la queue de l'épididyme qui est, ainsi qu'on le sait, le siège le plus fréquent de l'épididymite blennorrhagique, puissent, au bout d'un temps quelquefois très long, devenir le point de départ d'un kyste de l'épididyme.

D'après CURLING, voici qu'elle serait la cause qui déterminerait la formation des grands kystes de l'épididyme. Ce serait la contusion ou l'irritation, d'une façon quelconque, d'un petit kyste existant depuis longtemps et qui ne prend son accroissement qu'à partir de l'action de la cause vulnérante.

Il est, en outre, un fait à peu près constant et qui a du reste été signalé par presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question, c'est l'âge des individus porteurs de kystes spermaticques.

D'après RECLUS, sur cinquante cas, nous en trouvons :

1 de 16 ans.

1 de 18 ans.

1 de 20 ans.

6 de moins de 40 ans.

18 de moins de 60 ans.

Tous les autres ont dépassé cet âge.

Ces considérations étiologiques ont rapport à toutes les variétés de kystes spermatiques.

Pour les grands kystes de l'épididyme, nous trouvons :

2 cas avant 30 ans : un de 24 ans, un de 27 ans.

1 seul avait 44 ans.

4 avaient de 50 à 60 ans.

6 avaient de 60 à 70 ans.

3 avaient de 70 à 74 ans.

C'est donc, comme on le voit, aux environs de la cinquantaine et de la soixantaine que s'observent le plus souvent les kystes de l'épididyme. L'observation que nous relatons ici rentre bien dans ce cadre.

PATHOGÉNIE

Nous allons passer sommairement en revue les diverses hypothèses qui ont été formulées depuis 1826 afin d'expliquer le développement de ces kystes. Nous envisagerons d'abord les grands kystes spermatiques, puis les kystes séreux se développant au niveau de la séreuse, aux dépens du canal péritonéo-vaginal. C'est dans cette dernière catégorie que, selon toute vraisemblance, nous verserons le kyste multiloculaire dont nous relatons plus loin l'observation.

A. — Grands kystes spermatiques

On peut envisager plusieurs théories invoquées pour expliquer le développement des grands kystes spermatiques.

I. — VELPEAU, LLOYD, CHILDES considèrent le

kyste de l'épididyme comme une hydrocèle dans laquelle s'ouvre un cône efférent qui y verse les spermatozoïdes.

Cette hypothèse a été reconnue sans valeur après des discussions de PAGET et celles de GOSSELIN.

II. — JAMES PAGET considère les tubes séminifères capables, par simple voisinage, de communiquer aux kystes de l'épididyme le pouvoir de sécréter des spermatozoïdes.

III. — GOSSELIN a émis une hypothèse plus intéressante encore. Pour lui, il y aurait traumatisme. Ce traumatisme aurait pour effet d'amener la rupture d'un cône avec épanchement de liquide, inflammation et formation d'adhérences.

Cette théorie a le mérite de tenir compte d'une notion retrouvée dans nombre d'observations : l'apparition du kyste, précédée par une violence. On relève cette violence dans un tiers des cas. Comme nous l'avons déjà fait remarquer dans le chapitre traitant de l'étiologie de cette affection, plusieurs auteurs citent des cas où les traumatismes génitaux ont occasionné des kystes de l'épididyme. Mais il faut reconnaître qu'il est de nombreux cas où la tumeur est apparue sans traumatisme. Cette hypothèse de GOSSELIN, si elle n'est

pas rigoureusement prouvée, si elle ne suffit pas pour expliquer tous les cas, n'a cependant rien d'impossible et il peut bien y avoir des kystes qui reconnaissent cette pathogénie.

IV. — POIRIER a soutenu une thèse séduisante basée sur une étude approfondie de l'anatomie normale et pathologique du testicule et de ses annexes et qui répond certainement à un grand nombre de cas.

Pour lui, il existerait souvent chez l'adulte, dans un tiers des cas, dit-il, dans le sillon qui sépare la tête de l'épididyme et le testicule, des petits kystes formés par un épanchement séreux contenu dans une logette limitée par des adhérences de la vaginale. Dans ces petits kystes vont s'ouvrir, pour peu que le kyste se développe un peu, un et parfois plusieurs des *vasa efferentia*, et cela par un mécanisme que POIRIER explique très bien : (Pathogénie des kystes de l'épididyme - Revue de Chirurgie, 1890. T. X., page 861) « Bridé fortement par la tunique séreuse, le kyste apparu entre le testicule et l'épididyme ne peut se développer du côté de la vaginale, tandis qu'il trouve une voie facile dans le tissu lamelleux fort lâche répandu autour du *vas efferens*. Il repousse les vasa qui s'accolent à sa

paroi et bientôt, un ou plusieurs étant détruits par cette compression, la communication s'établit ».

Dès ce moment, le kyste va croître et se peupler de plus en plus de spermatozoïdes.

Mais ce kyste ne peut-il être formé par dilatation du *vas* lui-même ? « C'est possible, dit POIRIER, mais l'autre mécanisme est aussi possible puisqu'on voit parfois plusieurs *vasa* s'ouvrir dans le kyste. Même en admettant qu'ils proviennent de la dilatation d'un *vas*, il faut bien admettre qu'il y a eu ensuite ouverture des autres *vasa* dans le premier kyste suivant le mécanisme exposé ». De plus, il n'est pas probable que le point de départ au niveau d'un *vas* soit la règle. « En effet, prenez vingt épидидymes sur lesquels vous aurez constaté l'existence de petits kystes, et tentez l'injection au mercure ou au bleu de Prusse, vous échouerez dix-neuf fois. Ne semble-t-il pas qu'il en serait tout autrement si ces kystes étaient développés aux dépens des conduits séminifères ? »

Sûrement, cette ingénieuse théorie est souvent vraie, elle laisse pourtant certainement à côté d'elle la place pour une autre théorie, celle qu'on admet le plus fréquemment en général et que nous allons exposer : la théorie wolfienne.

V. — CURLING et BROCA considèrent les kystes comme le résultat d'une dilatation d'un débris du corps de Wolff (canalicule de Follin, vaisseau aberrant de Haller, hydatite sessile de Morgagni, corps de Giralaldès) en relation avec le tube épидидymaire.

Cette pathogénie explique le développement de la tumeur à la suite d'une violence, l'absence de zoospermes dans les petits kystes peu exposés aux contusions et dans les grands, leur apparition après une première ponction qui avait permis de constater l'absence d'animalcules.

Voilà exposée une première théorie wolffienne, celle de CURLING et BROCA, auteurs invoquant le traumatisme comme cause déterminante de ces tumeurs ; elles seraient isolées des voies spermatiques normales et ce ne serait que secondairement que, par effraction, les spermatozoïdes s'épancheraient dans le kyste par le mécanisme que POIRIER a précisé.

VI. — Pour les autres — c'est là la théorie de VAUTRIN, de Nancy — les kystes seraient développés aux dépens d'un des restes du corps de Wolff, encore en communication avec les voies spermatiques. C serait une des deux lydatides ou un *vas aberrans* qui serait le point de départ du kyste. VAUTRIN fait intervenir des vaisseaux aberrants,

des diverticules dont le *vas* de Haller et le *vas du rete* demeurent les types les plus complets. Ce serait aux dépens de ces canaux borgnes que se développeraient les kystes spermatiques. Il est d'autres diverticules, inconstants d'ailleurs, et qui s'échelonnent non plus sur l'épididyme, mais sur le canal déférent jusqu'à l'orifice du trajet inguinal. La situation de ces diverticules explique très bien l'accès des animalcules dans la cavité kystique. Avec la plupart des théories, une déchirure de la paroi de la tumeur et des canaux du sperme est nécessaire pour permettre la confluence.

Avec l'hypothèse des diverticules, la communication persiste entre les voies d'évacuation et la poche kystique. Avec l'hypothèse de VAUTRIN, on peut expliquer ainsi la formation des kystes épидидymaires : un des canaux borgnes qui existent parfois le long du cordon et dont la cavité communique avec les voies d'excrétion, se dilate et donne naissance au kyste spermatique. La structure de la paroi kystique vient, du reste, appuyer cette conception.

BARABAN a constaté sur une tumeur kystique extirpée par VAUTRIN, un épithélium cilié, une couche de fibres lisses, une zone de tissu conjonctif, tous éléments qui rappellent le canal épидидymaire et ses canaux borgnes.

B. — *Kystes séreux*

Pour VAUTRIN, ces kystes se développeraient au niveau de la séreuse qui prendrait, vers 50 à 60 ans, une sorte d'activité formative.

Pour POIRIER, les petits kystes de cette région seraient dûs à un enclavement de la séreuse : les espaces libres, circonscrits par la coalescence incomplète des deux feuillets, pourraient donner naissance à des cavités volumineuses.

L'existence de ces kystes sous-épididymaires est admise sans conteste depuis longtemps. BROCA a publié une observation qui se réclame de cette origine : « La tumeur avait le volume d'un œuf et refoulait le testicule en bas et l'épididyme en haut ; elle présentait cinq ou six bosselures dues à la distension des parois ; elle était cloisonnée par un diaphragme ouvert en un point ; le liquide, citrin, ne renfermait pas de spermatozoïdes ».

DENUCE donne un fait analogue : « Le kyste adhère à l'albuginée et à l'épididyme, il est gros comme une noix, bosselé et contient un liquide visqueux sans animalcules, avec des globules rouges et des cristaux de cholestérine. Les parois sont épaisses, la cavité est cloisonnée par des travées fibreuses qui limitent des poches communiquant

entre elles, sauf deux plus petites et parfaitement closes. La vaginale intermédiaire à l'épididyme et au testicule rappelle les parois de ce kyste ».

L'enclavement de la séreuse, la dilatation des cryptes du cul-de-sac vaginal expliquent le développement de la plupart de ces kystes séreux.

Macroscopiquement, ce sont de petites collections qui, à la surface de l'épididyme, soulèvent le feuillet de la vaginale. Ils sont donc de forme arrondie et bosselée.

Ils sont remplis d'un liquide organique transparent ou citrin contenant peu de sels et des matières organiques. D'autres fois, ils sont troubles, blanchâtres, nacrés, opalescents. Cet aspect laiteux est dû à des éléments épithéliaux en régression.

SYMPTOMATOLOGIE

Le chapitre Symptomatologie est forcément très court : les kystes de l'épididyme, tumeur bénigne, de volume assez variable, n'ont presque pas de symptomatologie fonctionnelle et leur description clinique est très simple.

Le kyste de l'épididyme constitue une tumeur liquide intra-scrotale située au contact du testicule qui en reste indépendant. Ce sont des tumeurs en général du volume d'une grosse noix à celui d'un œuf de poule. C'est ce volume que présentait celui qui sert de point de départ à cette étude.

Il peut, dans certains cas, atteindre un volume très considérable. On en a vu qui atteignaient 4 à 500 c. c. et même un litre. Ce sont ces très gros kystes qui peuvent s'accompagner de quelques symptômes subjectifs, d'ailleurs inconstants. Le

malade se plaint alors d'un peu de gêne, plutôt que d'une véritable douleur, siégeant dans l'aine et augmentant parfois à la marche ; d'une pesanteur, d'un tiraillement dans le scrotum. Les très gros kystes, d'ailleurs exceptionnels, peuvent devenir gênants par leur volume.

Quel que soit le volume du kyste, il est fréquent de voir la spermatogenèse se continuer tout à fait normalement, témoin le cas de SOLARO, que WALLIMANN rapporte dans sa thèse (Paris 1912). Il s'agit d'un malade de 60 ans, porteur depuis l'âge de 10 ans de deux kystes, l'un à droite, l'autre à gauche. Ces tumeurs bi-latérales ne l'avaient pas empêché d'avoir 8 enfants.

Le caractère liquide de la tumeur est démontré par sa fluctuation et par sa transparence. Les kystes spermatiques à contenu lactescent ont une transparence moins parfaite. Mais ce n'est qu'exceptionnellement que l'abondance des spermatozoïdes épanchés dans le kyste forme un liquide crémeux, empêchant toute translucidité.

La transparence se recherche au moyen d'une lampe électrique de poche appliquée sur la tumeur liquide ; elle rend lumineuse toute la poche liquide et en montre admirablement les contours. Si la po-

che est peu transparente, l'étude en chambre noire vient trancher les doutes.

La tumeur liquide peut être bosselée si elle est constituée par l'agglomération de plusieurs kystes. Mais elle présente toujours, appendue à son extrémité inférieure, une bosselure spéciale qui n'est autre que le testicule, resté relativement indépendant, et reconnaissable à sa sensibilité caractéristique et à sa non-transparence.

La situation du testicule au pôle inférieur d'une tumeur liquide intra-scrotale caractérise en somme le kyste de l'épididyme. La comparaison du kyste surplombant le testicule avec une brioche renversée est classique.

Quelquefois, l'épididyme disparaît, soit que la tumeur ait étalé à sa surface le tube épидидymaire, modifiant ainsi au point de la rendre méconnaissable la forme de l'organe, soit qu'elle le cache et le masque. Dans le cas que nous rapportons ici, l'organe paraissait altéré, incorporé à la tumeur, puisque l'opération n'a pas permis de le séparer et de l'enlever en entier.

Dans tous les cas, il est de règle de percevoir le testicule à la partie inférieure de la tumeur, formant la petite extrémité de la brioche renversée à laquelle il est classique de comparer ces tumeurs.

Le cordon peut toujours être facilement suivi jusqu'à son entrée dans le canal inguinal.

La peau n'est ni rouge ni tendue, sauf dans les très gros kystes, où la distension peut apparaître ; elle est toujours mobile sur la tumeur.

Les kystes de l'épididyme évoluent lentement et ne présentent, en général, pas d'autres inconvénients que leur pesanteur. Mais ils préoccupent souvent les malades, comme font tant d'affections de la sphère génitale et méritent d'être extirpés.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic essentiel est de ne pas prendre pour un noyau de tuberculose épididymaire un petit kyste dans l'épididyme.

Dès que le diagnostic de tumeur liquide s'impose, on ne peut confondre le kyste de l'épididyme qu'avec un kyste du cordon ou une hydrocèle.

Le kyste du cordon, qu'elle qu'en soit l'origine, est indépendant, non seulement du testicule, mais aussi de l'épididyme. La distinction facile, tant que le kyste du cordon n'atteint pas un gros volume, peut devenir difficile, voire impossible dans les kystes de très grande dimension.

Dans l'hydrocèle, le testicule n'est pas indépendant de la tumeur liquide. Si l'on parvient à la reconnaître par la perception d'une zone ferme à sensibilité spéciale à la partie postéro-inférieure de la poche, on ne parvient pas à le prendre entre les

doigts, car il est dans la poche au lieu d'être en dehors d'elle.

Mais il est des hydrocèles cloisonnées dans lesquelles la distinction est difficile si, des adhérences supprimant la partie de séreuse qui répond à la partie basse du testicule, l'épanchement dans la vaginale ne peut plus se faire que dans la partie supérieure.

Le testicule paraît alors relativement indépendant, et, à moins qu'on ne parvienne à pincer la vaginale, dont les deux feuillets sont libres devant le testicule en cas de kyste épидидymaire, le diagnostic pourra être cliniquement impossible. Une ponction aseptique à l'aiguille de PRAVAZ, montrant dans un cas, d'une part, du liquide clair comme de l'eau ou lactescent, d'autre part, du liquide bière blonde ou bière brune, permettrait de trancher les doutes, si on le jugeait nécessaire. Maurice CHEVASSU, *Pratique Médico-Chirurgicale*, T. III, p. 593-596).

PRONOSTIC

Les kystes de l'épididyme sont des tumeurs essentiellement bénignes. Leur symptomatologie fonctionnelle est même tellement pauvre que l'on ne voit les malades venir demander un conseil médical que lorsque l'accroissement du volume du kyste est assez rapide et assez considérable pour les inquiéter.

Les kystes de petit volume n'augmentant pas rapidement sont indéfiniment tolérés sans que les malades s'en aperçoivent ou s'en préoccupent : certains même, lorsqu'ils les ont découverts, en tirent vanité : « C'est souvent, disent SÉBILLEAU et Pierre DESCOMPS dans le « Nouveau traité de Chirurgie », quand déjà la tumeur a pris le volume d'une petite noix que le patient la découvre, et il n'est pas rare qu'il la porte et la montre avec une certaine fierté,

comme un troisième et exceptionnel témoin de sa virilité ».

La seule complication possible est l'inflammation ; encore est-il exceptionnel qu'elle aille jusqu'à la suppuration. Cette éventualité ne se rencontre qu'après une ponction insuffisamment aseptique, et l'on ponctionne bien peu, de nos jours, les kystes de l'épididyme.

Une inflammation légère et qui guérit en quelques jours, ne laissant comme trace qu'un léger épaissement de la paroi kystique, peut être parfois observée. Ces lésions d'inflammation aiguë peuvent provoquer une légère hémorragie intra-kystique par rupture de petits vaisseaux de nouvelle formation.

RAYNARD a relaté un cas de neurasthénie urinaire en rapport avec la suppuration d'un petit kyste de l'épididyme.

D'autres fois, l'inflammation est chronique, due parfois, dans un cas rapporté par RICHELOT en 1903, dans le Bulletin de Société d'Anatomie, à une tension du pédicule même.

ROCHÉ a publié un exemple curieux de kyste chroniquement enflammé et dont la paroi était calcifiée.

Enfin le kyste peut se rompre et provoquer, par

irritation, une hydrocèle. Mais la plupart des cas, le kyste ou reste stationnaire et est très bien toléré, ou son augmentation rapide commande l'intervention après laquelle il guérit complètement et définitivement.

Dans le cas que nous rapportons à la fin de ce travail, le volume anormal des bourses avait seul amené le malade jusqu'à la table d'opération : l'intervention a amené la guérison totale et définitive ; jusqu'à ce jour du moins, le malade n'a plus jamais rien remarqué d'anormal à ce niveau.

TRAITEMENT

La ponction des kystes de l'épididyme les vide momentanément, mais le liquide se reforme en général rapidement.

La ponction suivie d'injection modificatrice, à la manière du traitement appliqué dans l'hydrocèle, peut amener la guérison.

L'extirpation du kyste donne une guérison plus certaine ; elle est d'autant plus recommandable qu'elle est facile à réaliser à l'anesthésie locale.

Une injection de novocaïne traçante sera faite sur la région inguino-funiculaire de manière que l'incision respecte le scrotum dont l'incision fait toujours courir des risques d'hématomes. Une injection profonde aura infiltré grosso modo la région du cordon. Les téguments incisés, le doigt isolera le cordon de manière à permettre sous lui le pas-

sage d'une petite compresse dont on rapprochera les deux chefs en avant pour enserrer légèrement le cordon en totalité. A partir de ce moment l'anesthésie du cordon sera facile à réaliser, elle devra être faite de manière à donner une véritable section physiologique des nerfs du cordon qui provoquera au bout de quelques minutes l'analgésie complète de la zone opératoire.

La tumeur sera luxée dans l'incision par une pression de bas en haut, sans que soit incisé le ligament scrotal, manœuvre à la fois inutile et douloureuse. L'extirpation se fera facilement, à condition de bien pratiquer le décollement dans le plan de clivage du kyste qui est tout près de sa surface transparente. Si l'on tient à enlever le kyste sans l'ouvrir, on sera souvent obligé de trancher dans l'épididyme même.

On évitera, bien entendu, de blesser le pédicule vasculaire du testicule et le canal déférent. L'ouverture primitive de la cavité vaginale facilitera les manœuvres dans les kystes volumineux à repérage difficile (Maurice CHEVASSU, *Pratique Médico-Chirurgicale*, T. III, p. 196).

CONCLUSION

Les formations kystiques au niveau de l'épididyme peuvent donc être assez aisément classifiées quant à leur siège et quant à leur contenu. Pour expliquer leur pathogénie, on a vu que de nombreuses théories ont été émises. Parmi les plus séduisantes et les plus facilement admises de nos jours, figure la théorie de VAUTRIN, de Nancy.

Nous avons peu insisté sur le traitement de cette affection. Le traitement chirurgical paraît, en effet, s'imposer dans la plupart des cas. Il consiste en une ablation pure et simple des masses kystiques.

OBSERVATION

Nous avons pris comme point initial de ce travail, l'observation suivante, due à l'obligeance de Monsieur le Professeur BINET et qui a fait l'objet d'une communication à la Société de Médecine de Nancy (Revue Médicale de l'Est. Juillet 1932).

« Les kystes multiloculaires de l'épididyme ne sont pas d'observation très fréquente, et leur pathogénie est encore discutée. Je verse donc au dossier des observations le cas suivant, recueilli dernièrement à l'hôpital Sédillot.

M. X..., 50 ans, Commandant d'infanterie, ancien colonial, présente, depuis 10 ans, une tumeur bilatérale des bourses qui s'est accrue très légèrement. En dernier lieu, elle avait, au niveau de chaque bourse, les dimensions du poing et elle se présentait sous l'apparence d'une hydrocèle bilatérale transparente à la transillumination, de consistance nettement kystique. Seul, un aspect légèrement mamelonné différenciait les deux tumeurs kystiques d'hydrocèles banales.

L'étiologie de cette lésion indolente, mais gênante par son volume, demeurait obscure. On ne relevait aucun stigmaté de syphilis chez le malade et la réaction de Wassermann était négative.

Le malade demandant à être débarrassé de ces tumeurs kystiques, je procède à l'intervention, le 2 Février 1932, suivant la technique habituellement employée dans les hydrocèles.

Après incision à la face antérieure du scrotum, j'extériorise facilement la tumeur kystique du côté droit. Elle est formée de cinq ou six kystes accolés l'un à l'autre, donnant, par leur juxtaposition, cette apparence mamelonnée précédemment notée. Il est très facile de détacher ces kystes au niveau du sillon épидидymo-testiculaire de la glande génitale. On trouve là un plan de clivage qui permet d'extirper, en totalité et en un seul bloc, la masse polykystique. On a réalisé une épидидymectomie sans avoir aperçu cet organe. L'hémostase ne donne lieu à aucune difficulté. On ferme la plaie opératoire par quelques crins et on procède à gauche à une intervention exactement semblable. Les suites opératoires n'ont été marquées par aucun incident. Les pièces enlevées sont confiées à MM. ROUQUIER et DE BENEDETTI, qui ont bien voulu pratiquer l'examen anatomo-pathologique. Voici leur protocole d'examen :

« Kyste multiloculaire développé aux dépens de l'épididyme, qui a, dans la pièce macroscopique, complètement disparu.

L'examen d'un fragment de la paroi du kyste montre quelques tubes avec les cellules de la lignée séminale caractéristiques de l'épididyme normal.

A l'intérieur de certains de ces tubes se trouvent de nombreux spermatozoïdes. Les groupes cellulaires ne se retrouvent qu'en ce point de la paroi. Ailleurs, cette dernière est formée de tissu conjonctif dense, renfermant quelques fibres élastiques. La cavité kystique est limitée par une membrane élastique plissée, continue, non revêtue d'un endothélium, en contact immédiat avec la substance albumineuse anhiste qui forme le contenu du kyste. Cette membrane ressemble absolument à la limitante élastique interne d'une artère de gros calibre. Il semble que ce soit elle qui ait sécrété le contenu du kyste lui-même.

Ces kystes de l'épididyme semblent, d'après les classiques, devoir être groupés en plusieurs catégories :

1° Certains kystes multiloculaires, généralement de petit volume, se développent aux dépens de l'épididyme lui-même. Ils renferment des spermatozoïdes. Leur contenu est un peu laiteux ;

2° D'autres se développent aux dépens de débris wolfiens. Ce sont des kystes qui représenteraient une certaine analogie avec les kystes wolfiens du ligament large, observés chez les femmes ;

3° Enfin, certains kystes naissent en réalité aux dépens du canal péritonéo-vaginal. Ce sont des kystes du cordon, qui s'insinuent entre le testicule et l'épididyme et refoulent les tubes épидидymaires qui peuvent devenir microscopiquement méconnaissables. Ces kystes sont généralement uniloculaires. Ils renferment un liquide citrin analogue au liquide habituel de l'hydrocèle.

Chez notre malade, il est vraisemblable, malgré la présence de plusieurs loges kystiques, qu'il s'agissait de cette dernière variété de kyste.

VU :

Nancy, le 24 Février 1933

Le Président de Thèse,

FROELICH.

VU :

Nancy, le 1^{er} Mars 1933

Le Doyen,

SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 3 Mars 1933

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ.

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- BRODIE. — Archives Générales de Médecine . 1^{re} série, t. XIII et XIV.
- LISTON (R.) — A few observations on encysted hydrocele. In Med. Chirurg. Transact. - Londres, Mai 1843. 2^e série, t. VIII, p. 216.
- LLOYD (E.). — On the presence of spermatozoa in the fluid of hydrocele. Med. Chirurg. Transact. - Londres, Juin 1843. 2^e série, t. VIII, p. 368.
- GOSSELIN (L.). — Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire. Arch. Gén. de Méd. - Paris, 1848. 4^e série, t. XVI, p. 24 et 163.
- CURLING. — Observations on the occurrence of spermatozoa in the fluid of hydrocele. The Monthly Journal of Medical Sciences. - Edimbourg, Sept. 1849, n^o 39, p. 1023.
- BROCA (P.). — Kyste séreux de l'épididyme. Bulletin Soc. Anat. - Paris, 1851, t. XXVI, p. 393.
- PAGET (J.). — Seminal cysts. Lect. of surgical pathology. - Londres, 1853, in-8^o, t. II, p. 52.

- SEDILLOT (G.). — De l'hydrocèle spermatique. *Gaz. Médicale de Strasbourg*, 1853, n° 2, p. 33.
- GOSSELIN (L.). — Lettre adressée au Professeur Sédillot sur l'hydrocèle enkystée spermatique. *Bull. Gén. de Thérap. Méd. et Chir.* - Paris, 1853, t. XLIV, p. 110.
- DEMARQUAY (J.). — Kyste du testicule ou de la tête de l'épid. contenant un liquide semblable à du lait. Maladie improprement appelée galactocèle par Vidal (de Cassis). *Gazette des Hôpitaux.* - Paris, 6 Sept. 1862, p. 414.
- VELPEAU (A.). — Kyste spermatique de l'épididyme. Hydrocèle concomittante. *Gaz. des Hôpitaux.* - Paris, p. 322.
- BROCA (P.). — *Traité des tumeurs.* - Paris, 1866-69, in-8°, t. II, p. 29, 46 et 99.
- CHRISTOT. — Hydrocèle de l'épididyme. *Gaz. Méd. de Lyon*, 1866, n° 15, p. 389.
- CAZENEUVE et DAREMBERG. — Nature du liquide contenu dans les kystes spermatiques. *Journ. de l'Anat. et de la Physiol. nomi. et pathol.* - Paris, 1874, t. X., p. 447.
- VILLEGENTE (A.). — Du mode de formation des kystes spermatiques. Thèse de Paris, 1874, n° 26.
- BRICARD (E.). — Des kystes spermatiques. Thèse de Paris, 1877, n° 84.
- DELADRIÈRE (C.). — Essai sur les hydrocèles enkystées au-dessous de la vaginale. Thèse de Paris, 1879.
- DENUCE (M.). — Kyste séreux sous épидидymaire. *Bulletin de la Soc. Anat.* - Paris, 1884, t. IX, p. 599.
- MONO» (Ch.) et ARTHAUD (G.). — Pathogénie et structure des petits kystes de l'épididyme. *Arch. de*

Phys. norm. et path. - Paris, 1885. 3^e série, t. V, p. 233.

DE BIRAN (A.). — Contribution à l'étude des grands kystes de l'épididymaire. Thèse de Paris, 1887, n° 99.

BARDOT. — Etude sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des kystes spermatiques. Thèse de Nancy, 1887.

POIRIER. — Pathogénie des kystes de l'épididyme. *Revue de Chirurgie*, 1890, t. X, p. 861.

RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, t. VIII. Article : « Kystes de l'épididyme ».

PAGES. — Coïncidence des kystes de l'épididyme et de l'hydrocèle. Thèse de Paris, 1894.

BOUJU. — De l'extirpation des kystes de l'épididyme. Thèse de Paris, 1896.

BOUCHET. — Grands kystes de l'épid. *Bull. et Mem. Société Anat.*, 1904, t. I, p. 217.

CORNIL. — Examen d'un kyste spermatique. *Bull. et Mem. Soc. Anat.*, 1906, p. 217.

BONNEAU. — Kystes de l'épid. survenant, etc. *Ann. des Maladies organo-génito-urin.*, 1907, t. II, p. 1698.

LEROY. — A propos d'un kyste spermatique. *Echo Méd. du Nord*, 1910, n° 13, p. 153.

SEBILLEAU. — *Traité Le Dentu-Delbet*, t. X. Article : « Kystes de l'épid. et du cordon ».

WALLIMANN (G.). — Contribution à l'étude des kystes spermatiques. Thèse de Paris, 1912, n° 98.

MARSAN. — Calcification d'un kyste de l'épididyme. *Journal d'urologie*, 1919, t. VIII, p. 157.

MAC KENNA. — Cysts of the epididymis. Surg. chir. - Chicago, 1920, t. IV, p. 161.

WARD. — Cysts of the epididymis. The Lancet, 1922, t. II, p. 807.

HARTMANN. — Kystes de l'épid. Revue Gén. de Chirurgie et Thérapeutique, 1925, t. XXXIX, p. 545.

CHEVASSU (M.). — Pratique Médico-chirurgicale, t. III, p. 593-596.

TABLE DES MATIERES

	Pages
AVANT-PROPOS	5
HISTORIQUE	7
DEFINITION	10
Intérêt. Moyens d'investigation. Contenu.	
ETIOLOGIE	13
Traumatisme. Blennorrhagies antérieures. Age du porteur.	
PATHOGENIE	17
A. - Grands kystes spermatiques.....	17
Théories non wolffiennes. Théories wolffiennes.	
B. - Kystes séreux	23
SYMPTOMATOLOGIE	25
DIAGNOSTIC	29
PRONOSTIC	31
TRAITEMENT	34
CONCLUSION	36
OBSERVATION	37
